



No EXPEDIENTE
HOSP.M. L-ORDEN NO. 2025-0003
HOSP. M.L- ORDEN NO. 2025-0003

Seleccione la fecha

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL

Página 1 de 1

## CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS

### GERENCIA FINANCIERA

**REQUERIMIENTO** : (DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION)

Yo, LIC. MAURY SEVERINO, en mi calidad de CONTADOR de (**Hospital Manuel de Luna**)

#### CERTIFICO:

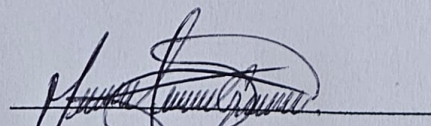
Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (**2025**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el (SEGUNDO PERIODO) para la adquisición que se especifica a continuación:

(MATERIALES DE OFICINA)

**PRESUPUESTO:** TRENTA Y CINCO MIL PESOS CON 00/100 RD\$35,000.00.

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Compra Menor**.

Y para que conste, firmo la presente certificación,



LIC. MAURY SEVERINO

CONTADOR